



Психологические особенности женщин с гинекологической патологией

Работа посвящена исследованию психологических особенностей женщин, больных миомой матки и эндометриозом. В исследовании приняли участие 54 пациентки с миомой матки и 49 пациенток с эндометриозом. Показано, что женщинам с гинекологическими заболеваниями присущи снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, склонность к избеганию конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений; неразвитая способность к адекватному реагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Описаны особенности личностной сферы женщин, больных миомой матки и эндометриозом. Женщины с миомой матки отличаются неуверенностью в себе, пренебрежительным отношением к себе, женщины с эндометриозом отличаются амбициями и фантазиями о власти. Женщинам с гинекологической патологией, независимо от нозологии, присуще чрезмерное усиление механизмов психологической защиты, что ведет к низкой способности осознавать свои заблуждения, затрудняет эффективное разрешение личностных проблем. Изучение психологических особенностей женщин с гинекологической патологией позволит создать программу психотерапевтической помощи с учетом дезадаптивных составляющих, а также с опорой на личностные ресурсы женщин.

Ключевые слова: миома матки, эндометриоз, психологические особенности



Psychological features of women with gynecological pathology

The work is devoted to the study of the psychological characteristics of women with uterine cancer and endometriosis. The study involved 54 patients with uterine cancer and 49 patients with endometriosis. It is shown that women with gynecological diseases characterized by decreased activity, lack the ability to conduct a productive dialogue and constructive discussion tendency to avoid confrontations arising out of fear breaking a symbiotic relationship; undeveloped ability to adequate emotional abreaction worry in interpersonal situations. Described features personal sphere of women with uterine cancer and endometriosis. Women with uterine myoma different self-doubt, dismissive attitude to themselves, women with endometriosis are different ambitions and fantasies of power. Women with gynecological pathology, regardless of nosology, is inherent in the excessive growth of psychological defense mechanisms, leading to a low ability to recognize their errors, hampers the effective resolution of personal problems. A study of the psychological characteristics of women with gynecological pathology will create a program with the psychological care of maladaptive components, as well as relying on personal resources for women.

Keywords: uterine fibroids, endometriosis, psychological characteristics

Актуальность

В последние годы наблюдается рост числа гинекологических заболеваний (Д.В.Богуславская, 2011; Л.Г.Адамян, 20011), которые ставят женщину в ситуацию жизненного кризиса (М.Е.Блох, 2012; А. А. Макаренко 2011; А. Потемкина, 2012; Р.Ф.Насырова, 2012). Одними из наиболее частых гинекологических заболеваний выступают эндометриоз и миома матки, частота и омоложение которых в последние годы неуклонно растет (Л.Г.Адамян, 20011; Д.В.Богуславская 2011; В.И.Куликов, 2011; А.А.Макаренко,) [1, 2, 3, 5 и др.].

Любое заболевание дезорганизует социальную и психологическую жизнь и может, в ряде случаев, переживаться даже более остро, чем нарушения соматического функционирования (Л.И.Вассерман, 2010). Заболевания, касающиеся интимной стороны, являются мощным психотравмирующим фактором, при котором роль психологических особенностей значительно возрастает (Г.И.Брехман, 1990; В.Д.Менделевич, 2002; С.Д.Максименко, 2008). При гинекологических заболеваниях возможны возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям. Гинекологические заболевания маркированы переживаниями вины, стыда, тревоги, чувством неполноценности (В.М. Банщиков, 1967; С.Д.Максименко, 2008). Укрепившаяся в последние годы биопсихосоциальная модель гласит, что психосоциальные факторы играют роль в течении любых расстройств, а также в их лечении и реабилитации (Л.И.Вассерман, 2007; Б.Д.Карвасарский, 2002).

Тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, отношение к лечению во многом зависят от психологических особенностей пациенток (В. Бройтигам, 1999; Г.И.Брехман, 1990; М.В.Маркова, 2009; Н. Matsubayshi). Для более эффективной помощи гинекологическим больным необходимы исследования психологических аспектов проблемы. Изучение психологических особенностей женщин с гинекологической патологией позволит создать программу психотерапевтической помощи с учетом дезадаптивных составляющих, а также с опорой на личностные ресурсы женщин. Установление конкретных психологических особенностей, свойственных той или иной гинекологической патологии, необходимо для определения мишеней психокоррекции и разработки эффективных мероприятий психологической помощи этому контингенту пациенток.

В исследовании приняли участие 54 женщины с миомой матки (D 25) и 49 женщин с эндометриозом (N80).

Критерии включения в исследование:

А. Возраст 20-50 лет.

В.Наличие гиперпластических заболеваний матки (миома матки, эндометриоз).

Критерии исключения:

А. Возраст младше 20 лет и старше 50 лет.

В. Наличие онкологического заболевания.

С. Наличие экстрагенитальной патологии.

Д. Наличие психотических расстройств.

Е. Гинекологическое заболевание продолжительностью менее 1 года.

Основная группа. Группа 1 – 54 женщины с миомой матки, продолжительность заболевания от 1 до 9 лет, возраст от 29 до 49 лет, из них 47 состоят в браке, 53 женщины имеют детей, 50 имеют высшее образование, 3 – среднее специальное, 1 – среднее образование, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость. Группа 2 – 49 женщин с эндометриозом, продолжительность заболевания от 1 до 8 лет, возраст от 27 до 45 лет, из них 45 состоят в браке, 46 женщин имеют детей (3 женщины имели трудности с зачатием и вынашиванием беременности), 45 женщин имеют высшее образование, 2 – неоконченное высшее, 2 – среднее специальное, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость.

Контрольная группа. Гр.3. – 50 женщин без диагностированного гинекологического заболевания, в возрасте от 25 до 50 лет, 45 женщин состоят в браке, 46 женщин имеют детей, 45 женщин имеют высшее образование, 2 - неоконченное высшее, 2 – среднее образование, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость.

Результаты исследования

Установлено, что у женщин с гинекологической патологией отмечается выраженность алекситимических черт. При этом в группе женщин, больных эндометриозом, характерны «пограничные» показатели алекситимии, в то время как у женщин с миомой матки диагностируется высокая выраженность алекситимии. Эмоциональная сфера таких лиц слабо дифференцирована и характеризуются дефицитом творческого отношения к жизни, рефлексии.

Также было изучено наличие агрессивных составляющих личности женщин. В концепции Г.Аммона агрессия рассматривается как центральная Я-функция и подчеркивается ее важнейшее значение, как структурной личностной составляющей, указывается активно-приспособительный характер этого интрапсихического образования. Агрессия понимается как степень активности отношения индивида к окружающему миру в целом и отдельных ее аспектов, как уровень целенаправленности душевной деятельности. Таким образом, агрессия – это общий потенциал активности, которым располагает личность.

Существуют значимые отличия между основными и контрольной группой по параметру агрессии. Между группами больных миомой матки (Гр.1) и эндометриозом (Гр.2) значимых отличий не установлено. Полученные данные свидетельствуют о том, что женщинам с гинекологическими заболеваниями присущи снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, склонность к избеганию конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений. Для них характерна неразвита способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Установленные значимые отличия по параметру деструктивной агрессии в поведении проявляются склонностью к разрушению контактов и отношений, стремлением к силовому решению проблем, мстительностью и цинизмом. В случаях, когда деструктивная агрессия не может найти объект своего выражения, она может направляться на собственную личность. Наибольшее различие зафиксировано по параметру дефицитарной агрессии. Таким образом, у женщин с гинекологической патологией недоразвита Я-функция агрессии, присуща неспособность к установлению межличностных контактов, сужен круг интересов, свойственно избегание конфронтации и конфликтов, проявляется склонность жертвовать интересами и планами, неспособность брать на себя ответственность, затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции.

Изучение личностных особенностей женщин с гинекологической патологией показало, что женщинам с миомой матки характерно снижение ощущения психической целостности, негативное самоотношение, утрата целеполагания, ослабление саморегуляции. Женщины с миомой матки характерны деперсонализационный оттенок самовосприятия и дерелезационный оттенок восприятия реальности. Отмечается снижение навыков совладания, оптимизма; характерно снижение надежды на изменения к лучшему. Личности женщин с миомой матки характерны сомнения в ценности своей личности. Собственное тело женщин с миомой матки воспринимается отталкивающим и нелюбимым. Личность женщин с миомой матки характеризует низкий уровень социабельности, социальная закрытость, социальное избегание, уклонение от контактов. Также отмечается неконтролируемое нарастание регрессивных тенденций. Отмечены тенденции к очернению, обесцениванию окружающих, к восприятию окружающих, как угрожающих. Отмечается ипохондрическая защита от тревоги, женщины чрезмерно озабочены состоянием своего здоровья. Объектное отношение к собственному телу способствует перемещению реальных межличностных конфликтов в плоскость отношений со своим организмом, кроме этого женщины с миомой матки получают

нарциссическую выгоду от болезни. Личностные особенности женщин с эндометриозом сходны с особенностями женщин с миомой матки. Так, женщинам с эндометриозом характерно снижение ощущения психической целостности, негативное самоотношение, утрата целеполагания, ослабление саморегуляции, негативная самооценка. Женщины находятся в плену страха потери контроля, что запускает процесс дестабилизации продуктивного поведения. Также женщинам с эндометриозом характерен деперсонализационный оттенок самовосприятия и дерелезационный оттенок восприятия реальности. Установлено снижение навыков совладания и оптимизма; характерно снижение надежды на изменения к лучшему. Личности женщин с эндометриозом характерны сомнения в ценности своей личности. Тело женщин с эндометриозом негативно коннотируется, воспринимается отталкивающим и нелюбимым. Личность женщин с эндометриозом характеризует сниженный уровень социабельности, социальная закрытость, социальное избегание. Женщины с эндометриозом склонны обесценивать окружающих, воспринимают других людей, как угрожающие объекты. Интересен обнаруженный факт, который свидетельствует о том, что женщинам с эндометриозом свойственна ипохондрическая защита от тревоги, то есть женщины крайне озабочены состоянием своего здоровья, объектное отношение к собственному телу способствует перемещению реальных конфликтов в сферу отношений со своим организмом. Фиксация внимания на телесных сенсациях может также использоваться для совладания с собственными агрессивными импульсами. Такие же особенности были выявлены в группе женщин с миомой матки, но в группе женщин, больных эндометриозом, данные особенности (ипохондрическая) не коррелируют с нарциссической выгодой от болезни, а, напротив, женщины с эндометриозом склонны к полному отрицанию возможного ограничения собственной результативности заболеванием.

Для изучения полоролевой сферы женщин с наличием гинекологического заболевания мы исследовали три уровня функционирования маскулинности/фемининности: социогенный, поведенческий и биогенный. В результате факторизации пространства признаков шкал, изучающих полоролевую сферу в группе женщин с заболеванием миомы матки, была получена трехфакторная матрица. *Фактор 1* (31,19 % дисперсии) получил название «Полоролевая адъюнкция». Фактор отображает незрелую модель полоролевой сферы, маскулинность и фемининность одновременно потенцируют друг друга, что порождает полоролевой конфликт. *Фактор 2*, объясняет 28,10% дисперсии, «Дискондартная полоролевая сфера». Фактор отображает конфликт фемининной «Я-концепции» и поведенческой маскулинности, такой конфликт блокирует по-

строение адекватной женской идентичности. *Фактор 3*, который объясняет 24,13 % дисперсии, получил название «Маскулинность» – полоролевая сфера свободна от конфликта.

В группе женщин с патологией «Эндометриоз» была получена трехфакторная матрица. *Фактор 1* (30,10% дисперсии) – «Дискондартная полоролевая сфера» отображает конфликт фемининной «Я-концепции» и поведенческой маскулинности, такой конфликт блокирует построение адекватной женской идентичности. *Фактор 2* – «Маскулинность» (28,13 % дисперсии). Полоролевая сфера в данном случае свободна от конфликта, Я-концепция и поведенческие паттерны составляют единое целое. *Фактор 3* (22,09 % дисперсии) – «Полоролевая адьюнкция». свидетельствуют о незрелой модели полоролевой сферы; маскулинность и фемининность потенцируют друг друга, что порождает полоролевой конфликт.

Изучение гендерной идентичности показало, что женщины с миомой матки обладают статусом преждевременной гендерной идентичности. Это говорит о том, что женщины никогда не переживали состояния кризиса идентичности, но тем не менее обладают определенным набором целей, ценностей и убеждений. Содержание и сила этих элементов идентичности могут быть такими же, как у достигнувших идентичности, различен процесс их достижения. У людей с преждевременной идентичностью элементы формируются рано в жизни, но не в результате самостоятельных выборов, а в основном вследствие идентификации. Кроме этого, женщины с миомой матки обладают диффузной идентичностью, этот же статус характерен женщинам с эндометриозом. Эта идентичность характерна людям, которые не имеют прочных целей, ценностей и убеждений и которые не пытаются активно сформировать их.

Выводы

1. Эмоциональная сфера женщин, больных гинекологическими заболеваниями, характеризуется слабой дифференцированностью, дефицитом творческого отношения к жизни, пониженной рефлексией, внутренней «скованностью», наиболее выражены эти особенности у женщин с миомой матки. Характерна неразвитая способность к адекватному реагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Эмоциональная сфера характеризуется отсутствием «радости жизни», наличием пустоты, скуки и бессилием.

2. Установлены личностные особенности, ассоциированные с гинекологической патологией. Женщинам с гинекологической патологией характерны общие черты личности: снижение ощущения психической целостности, навыков совладания, оптимизма, социабельности, утрата целеполагания, негативное самоотношение, коннотация тела, неконтролируемое нарастание регрессии, склонность при помощи диссоциации/дереализации дистанцироваться от угрожающих процессов в себе, осторожность, ригидность, неумение использовать свою женственность и обаяние. С другой стороны отмечается ряд специфических черт у женщин с миомой матки и эндометриозом. Объектное отношение к собственному телу способствует перемещению реальных межличностных конфликтов в плоскость отношений со своим организмом; при этом женщины с миомой матки получают нарциссическую выгоду от болезни в сочетании с ипохондрической защитой от тревоги, а фиксация внимания на телесных ощущениях женщин с эндометриозом используется с целью совладания с собственными агрессивными импульсами.

Специфическими чертами личности женщин с миомой являются: робость, застенчивость, погруженность в себя, недостаток энергии, уступчивость, нерешительность. Специфическими чертами личности женщин с эндометриозом являются: самоконтроль, враждебность, подозрительность, напряженность, страх потери контроля над сферой фантазий, потребность в доминировании, большая значимость мышления, чувствительность к критике, амбициозность, неумение ограничивать себя и входить в гибкие отношения с людьми.

3. Установлены особенности полоролевой сферы женщин с гинекологической патологией. Полоролевая сфера женщин с миомой матки характеризуется полоролевым конфликтом, блокированием построения адекватной женской идентичности, маскулинностью. Полоролевая сфера женщин с эндометриозом характеризуется конфликтом полоролевых структур, который блокирует построение адекватной женской идентичности, маскулинностью, незрелостью полоролевой сферы. Статусы гендерной идентичности женщин с миомой – преждевременная идентичность, диффузная идентичность, последний статус характерен также женщинам с эндометриозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.Г. Эндометриозы. М.: Медицина, 2006. С. 110-116.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Л.: Медицина, 1990. 240 с.
3. Брехман Г. И. Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки // Акушерство и гинекология. 1990. №2. С.13-17.
4. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах СПб.: 2005. 25 с.
5. Макаренко А.О. Особливості емоційної сфери жінок, яким виконана гістеректомія // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлінського: збірник наукових праць (Серія «Психологічні науки»). 2010. Т. 2.

Вип. 5. С. 179-184.

6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие. М.: «МЕДпресс», 2005. 432 с.
7. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2012. 57с.
8. Потемкина Е.А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматики непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2012. 25 с.
9. Станоевич И.В. Доброкачественные гиперпластические заболевания матки: от тактики лечения к стратегии профилактики // Врач. 2009. №2. С. 9-11.

REFERENCES

1. Adamian L.G. *Endometriozy* [Endometriosis]. Moscow, Meditsina Publ., 2006. pp. 110-116.
2. Baskakov V.P. *Klinika i lechenie endometrioza* [Clinical features and treatment of endometriosis]. Leningrad, Meditsina Publ., 1990. 240 p.
3. Brekhman G.I. Syndrome of psycho-emotional tension and uterine myoma. *Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology*, 1990, no. 2, pp. 13–17 (in Russian).
4. Eres'ko D.B., Isurina G.L., Kaidanovskaia E.V., Karvasarskii B.D. *Aleksitimia i metody ee opredeleniia pri pogranichnykh psikhosomaticheskikh rasstroistvakh* [Alexithymia and methods of its determination in borderline psychosomatic disorders]. Saint Petersburg, 2005. 25 p.
5. Makarenko A.O. *Osoblivosti emotsiinoi sferi zhinok, iakim vikonana gisterektomiia* // *Naukovii visnik Mikolaivs'kogo derzhavnogo universitetu imeni V. O. Sukhomlins'kogo: zbirnik naukovikh prats' (Seriia «Psikhologichni nauki»)* [Peculiarities of the emotional sphere of women who have undergone hysterectomy // Scientific Bulletin of the Nikolaev State University named after V. A. Sukhomlinsky: collection of scientific papers (Series "Psychological science")]. 2010. Vol. 2. Issue 5, pp. 179-184.
6. Mendelevich V.D. *Klinicheskaia i meditsinskaia psikhologiya: uchebnoe posobie* [Clinical and medical psychology: textbook]. Moscow, MEDpress Publ., 2005. 432 p.
7. Nasyrova R.F. *Psikhicheskoe zdorov'e zhenshchin s ginekologicheskoi patologiei: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk* [Mental health of women with gynecological pathology: Author. Diss. Doctor Med. Sciences]. Tomsk, 2012. 57 p.
8. Potemkina E.A. *Osobennosti mediko-psikhologicheskikh kharakteristik i simp'tomatika nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroistv pri khronicheskikh ginekologicheskikh zabolevaniakh: avtoref. dis... kand. med. nauk* [Peculiarities of medical-psychological characteristics and symptomatic non-psychotic mental disorders in chronic gynecological diseases: Author. Diss. PhD in Med. Sciences]. Saint-Petersburg, 2012. 25 p.
9. Stanoevich I.V. Benign hyperplastic diseases of the uterus: from the tactics of treatment strategies to prevent. *Vrach – Doctor*, 2009, no. 2, pp. 9-11 (in Russian).

Информация об авторах

Кочарян Александр Суренович

(Украина, Харьков)

Профессор, доктор психологических наук,
заведующий кафедрой психотерапии
Харьковский национальный университет
им. Каразина

E-mail: kochar50@yandex.ua

Макаренко Амалия Алексеевна

(Украина, Харьков)

Кандидат психологических наук,
доцент кафедры психологии
Национальный аэрокосмический
университет им. Н.Е.Жуковского «ХАИ»

E-mail: makarenko.amaliya@mail.ru

Дин Шао Цзе

(Украина, Харьков)

Аспирант

Харьковский национальный
университет им. Каразина

Information about the authors

Kocharian Aleksandr Surenovich

(Ukraine, Kharkov)

Professor

Doctor of Psychological Sciences
Head of the Department of Psychotherapy
V.N. Karazin Kharkiv National University
E-mail: kochar50@yandex.ua

Makarenko Amaliia Alekseevna

(Ukraine, Kharkov)

PhD in Psychology

Associate Professor of Psychology
N. E. Zhukovsky National
Aerospace University "KhAI"

E-mail: makarenko.amaliya@mail.ru

Din Shao Tsze

(Ukraine, Kharkov)

Graduate

V.N. Karazin Kharkiv
National University